



SECCIÓN A. Información del paciente (APLICABLE A TODOS LOS PACIENTES)

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

SECCIÓN B. Información de los ingresos del hogar (APLICABLE A TODOS LOS PACIENTES)

Tamaño del hogar (incluido usted) _____ Ingreso mensual/anual \$ _____

SECCIÓN C. Prueba de ingresos (Necesitamos prueba de sus ingresos para considerarlo para la escala de pagos)

Enumere a su cónyuge y dependientes

<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento:</i>	<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento:</i>
USTED		DEPENDIENTE	
CÓNYUGE		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	

Ingresos del hogar

<i>Fuente</i>	<i>Usted</i>	<i>Cónyuge</i>	<i>Otros</i>	<i>Total</i>
Salarios brutos, sueldos, propinas, etc.				
Ingresos de empresas, trabajo por cuenta propia (línea 22 del formulario 1040 y dependientes)				
Seguro de desempleo, compensación por accidentes laborales, seguro social, seguridad de ingreso suplementario, otros programas gubernamentales, beneficios de asistencia pública para veteranos				
Ingresos obtenidos por inversiones, pensión alimenticia, manutención de los hijos				
<i>Ingreso total</i>				

NOTA: Antes de que se apruebe un descuento, puede ser necesario verificar el ingreso mediante copias de las declaraciones de impuestos, talones de pago o W2, autodeclaración, carta del empleador, carta de verificación de la asistencia pública, documento firmado por una persona que proporciona apoyo económico al paciente, carta de un refugio para personas sin hogar.

Lista de verificación	Sí	No
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, tres talones de pago más recientes u otros.		
Seguro: Tarjetas de seguro (para la responsabilidad del paciente)		

SECCIÓN D. Denegación/Declinación

Denegación del paciente (si un paciente se niega a ser evaluado, se le cobrará automáticamente la tarifa completa)

FIRMA

Afirmo que la información que figura en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que cualquier información engañosa, falsificada u omitida puede descalificarme de ser considerado para el programa de escala de pagos y se me someterá a sanciones, de acuerdo con las leyes federales, que pueden incluir multas y encarcelamiento. También acepto que debo informar a **CCHC** si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se me acepta en el programa de escala de pagos en base a esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y reglamentos de **CCHC**. Por la presente confirmo que he leído la información anterior y la entiendo.

Firma del paciente, padre o aval _____ Fecha _____

Firma de PCC _____ Fecha _____

Nombre de PCC en letra de molde _____